

# 認知症の行動異常とせん妄

## Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Delirium

札幌デイ・ケアセンター／所長

高橋 三郎\*

はじめに

満65歳以上の高齢者が、国民の18%を超えているという最近のわが国の急激な人口の高齢化は、少子化とも関連して、社会経済面や医療・保健・福祉などの領域にも、大きな問題を投げかけている。すなわち、特別に重篤な疾病といえるほどのものがなくとも、老年期は種々の喪失体験を有していることが多く、具体的には、(1) 配偶者や友人との死別や離別、(2) 社会的役割の減少と孤立感、(3) 経済的基盤の低下、(4) 生きがい感の喪失、(5) 慢性疾患によるADLの低下などがしばしば観察される。

このような持続的な喪失体験を持つ高齢者は青壮年層に比して、種々の疾病に際して多彩な行動異常や精神症状を呈することが稀ではない。この行動異常などの病態は、その背景要因、とくに意識障害の有無によって2大別される<sup>3)</sup>。すなわち、意識清明時にみられる代表的な病態は認知症であり、一方意識障害に際しての行動異常などはせん妄によることが多い(表1)。そこで本項では、認知症による異常とせん妄を一応分けて述べることにする。

### 1. 認知症の行動異常

認知症の基本的な中核症状は、記憶を中心とする認知機能障害である。これには計算力、理解力、判断力、見当識、注意力、思考力、実行機能の障害や失語、失認、失行のような高次の脳機能の障害が含まれる。近年一部の認知症性疾患にお

表 1

### 高齢者の行動異常

- ・意識清明時にみられるもの:  
妄想性障害、感情障害、不安障害、人格障害、認知症性疾患 など
- ・意識障害 とくに せん妄によるもの:  
呼吸循環器疾患、代謝内分泌疾患、感染症、中毒、薬物の関与 など

表 2

### BPSDの臨床症状

1群 (高頻度で、周囲が最も苦悩)	2群 (頻度が中程度で、やや保まされる)	3群 (稀で、管理可能)
精神症状 ・妄想 ・幻覚 ・抑うつ気分 ・不眠 ・不安 異常行動 ・攻撃 ・徘徊 ・不穏	精神症状 ・誤認 異常行動 ・焦燥 ・不適切な行為 と抑制欠如 ・彷徨 ・金切り声	異常行動 ・叫び声 ・悪態 ・無気力 ・質問せめ ・つきまとい

いては、中核症状に対する効果の期待できる薬剤が開発されつつある。しかし認知機能障害は脳の器質性障害をその基礎としているため、現段階では器質の変化を根本的に修復することは困難であり、進行性の変化は避けられない<sup>5)</sup>。

認知症に際して中核症状以外にしばしばみられる精神症状や行動異常などの非認知機能障害は、これまで認知症の周辺症状、随伴症状あるいは不適応反応などと呼ばれてきた。これには妄想幻覚、感情や意欲の障害、睡眠覚醒障害などとともに攻撃、徘徊などの行動面の症状もみられる。

\* Saburo Takahashi: Director, Sapporo Day Care Center  
現) 医療法人勉仁会中垣病院／顧問

表 3

**認知症によくみる妄想, 幻覚など**

- ・物盗られ妄想
- ・同居人妄想
- ・嫉妬妄想(不実妄想)
- ・Capgras 症候群(替え玉妄想)
- ・幻覚, とくに幻視
- ・作話の傾向

表 4

**認知症によくみる感情面の症状**

- ・感情不安定
- ・感情の平板化
- ・不安衝動
- ・抑うつ気分
- ・焦燥感
- ・不活発
- ・集中力低下
- ・易疲労感
- ・情動失禁
- ・上機嫌

表 5

**認知症によくみる睡眠覚醒障害**

1. 睡眠特性の加齢変化
  - ・分断睡眠による中途覚醒と早朝覚醒
  - ・深睡眠(徐波睡眠)の減少
  - ・レム睡眠の前半への移動
2. リズム調節に必要な社会接触の減少
3. せん妄などの行動異常の合併
4. 夜間徘徊時の転倒, 骨折 など

表 6

**認知症によくみる行動面の症状**

- ・攻撃
- ・金切り声
- ・不 穩
- ・焦 燥
- ・徘徊
- ・文化的に不適切な行動
- ・性的抑制欠如
- ・収 集
- ・暴 言
- ・付きまとい
- ・拒 絶

これらの症状は1996年の国際老年精神医学会で Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSSD)とされ, その後Signsを省き, 現在は認知症の行動心理学的症候 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)と呼ばれ, 3群に分類されている(表2)<sup>1) 2)</sup>。

ここで認知症によくみられる妄想幻覚, 感情面の症状, 睡眠覚醒障害および行動面の各症状を列挙する(表3, 4, 5, 6)。

表 7

**認知症の行動異常の生物学的基礎**

- ・アルツハイマー病
  - 1) 左半球の機能低下
  - 2) コリン, セロトニンなどの関与
- ・レビー小体型認知症
  - 1) 後頭葉の糖代謝低下
  - 2) コリンの関与
- ・前頭側頭葉変性症
  - 1) 前頭葉内側面, 前部帯状回など
  - 2) セロトニンの関与

(田中ら, 2000)

表 8

**認知症の行動異常と脳代謝**

- ・ドーパミン活性とコリン活性のバランスの変化
- ・セロトニン活性の低下
- ・ノルアドレナリン系刺激に対する過敏性
- ・GABAの減少

(三好, 2002)

表 9

**認知症の行動異常出現要因とその対応**

- ・脳の器質的要因とその対応
- ・身体的要因とその対応
- ・心理的, 環境的要因とその対応

(小林, 2000)

表 10

**BPSDに対する薬剤治療**

行動異常など	睡眠障害など	感情障害など
・Haloperidol	・Zolpidem	・Fluvoxamine
・Bromperidol	・Zopiclone	・Paroxetine
・Risperidone	・Etizolam	・Milnacipran
・Carbamazepine	・Trazodone	・Tandospirone
・Valproate	・Mianserin	

この認知症の行動心理学的症候が惹起される要因としては, 生物学的に理解される面と, 認知症患者のおかれている心理的, 環境的側面がある(表7, 8, 9)<sup>4) 6) 8)</sup>。いずれにしても前述のように, 中核症状に対する根本的治療が充分には確立されていない現状においては, 看護や介護を著しく困難にするこれら症候に対しては, 薬剤治療が有効なこともあり(表10), 臨床の実際ではこれらに対する適切な治療や介入はきわめて重要である(表11, 12)。

表 11

**BPSDへの対応 (1)**

- ・ありのまま受け入れ、失敗行為を叱責しない
- ・注意深い観察で、誘因をさぐる
- ・残存能力をみつけ、維持に努める
- ・規則的な日常生活を大切に、生き甲斐を感じるよう対応を考える
- ・根気強く工夫し、少し時間が過ぎるのを待つ

表 12

**BPSDへの対応 (2)**

- ・介護者を介護し、援助する
- ・身体的、精神的余裕をもたせる
- ・ストレスを発散できる環境をつくる
- ・病気を理解してくれる仲間がいて、相談相手になる
- ・医療や福祉サービスが適宜利用できる

表 13

**Essential features of the delirium syndrome (ICD-10 Research Criteria and DSM-IV)**

ICD-10 (Research Criteria)	DSM-IV
'Clouding of consciousness' and attention	disturbance of consciousness, especially attention
Disturbance of cognition (memory, orientation)	change in cognition (memory, orientation, language, perception)
Psychomotor disturbances	
Sleep disturbance	
Rapid onset/fluctuation	rapid onset/fluctuation
Evidence of physical cause	evidence of cause

表 14

**Clinical Variants**

- The Hyperactive-Hyperalert Variant
- The Hypoactive-Hypoalert Variant
- The Mixed Variant

**2. せん妄**

DSM-IVでは身体疾患によるせん妄の診断基準として、(1) 周りを認識する意識の清明度が低下し、(2) 記憶、見当識などの認知機能が変化しますが、認知症によるものではなく、(3) 数時間から数日の短期間に出現し、1日の中でも症状が動揺しやすく、(4) 本症状は身体疾患が背景にあるとしている。一方ICD-10による診断ガイドラインもこれと類似であるが、ここでは精神運動面の障害や睡眠覚醒障害なども挙げられている(表13)。以前は幻覚や妄想などを伴う活動過剰型せん妄

表 15

**活動減少型せん妄**

1. 精神運動活動や覚醒水準が低下する
2. 幻覚や妄想などの精神病的症状が目立たない
3. 静かで発語が少ない
4. 日中の入眠傾向がある
5. 脳波背景活動の全般性徐波化がみられる

表 16

**入院患者数、認知症患者数およびせん妄患者数 (1988.1.1~1997.12.31)**

患者数 年齢 (歳)	男 性			女 性			計		
	入院 数	認知 症	せん 妄	入院 数	認知 症	せん 妄	入院 数	認知 症	せん 妄
50~59	267 (8.6)	23 (8.6)	45 (16.9)	235 (6.8)	16 (6.8)	8 (3.4)	502 (7.8)	39 (7.8)	53 (10.6)
60~69	236 (36.0)	85 (36.0)	43 (18.2)	272 (25.0)	68 (25.0)	19 (7.0)	508 (30.1)	153 (30.1)	62 (12.2)
70~79	164 (62.8)	103 (62.8)	51 (31.1)	264 (48.5)	128 (48.5)	68 (25.8)	428 (54.0)	231 (54.0)	119 (27.8)
80~	97 (78.4)	76 (78.4)	43 (44.3)	131 (84.7)	111 (84.7)	61 (46.6)	228 (82.0)	187 (82.0)	104 (45.6)
計	764 (37.6)	287* (37.6)	182** (23.8)	902 (35.8)	323* (35.8)	156** (17.3)	1,666 (36.6)	610 (36.6)	338 (20.3)

\* P<0.5 (NS)    \*\* P<0.001 ( )内は%

表 17

**初老期以後のせん妄の誘因**

- 身体因
  1. 脳血流、心肺機能などの低下
  2. 血圧の一時的変動
  3. 脱水、貧血、低栄養、電解質異常
  4. 各種薬剤
  5. 飲酒、禁酒
  6. 手術直後、身体抑制
  7. 視聴覚低下
- 心因および環境因
  1. 急激な生活環境変化
  2. 疾病に対する不安感
  3. 仕事に対する不安感
  4. 家庭内の対人関係の悩み
  5. 離別、死別、別居
  6. 経済的問題
  7. 身体抑制

をその典型としていたが、近年は逆に動きの少ない活動減少型やこの両者が短時間に移行する混合型せん妄も高齢者では注目されている(表14, 15)。

筆者は以前勤務していた北海道立向陽ヶ丘病院で、1988年1月から10年間の50歳以上の入院患者1,666名についてみたところ<sup>7)</sup>、認知症は610名36.6%、せん妄は338名20.3%であった。両症状とも加齢とともに高頻度となり、またせん妄は男性

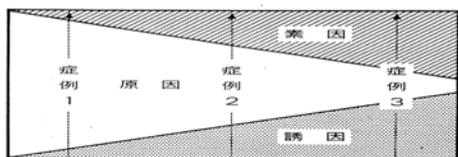
表 18

せん妄の誘因と認知症の有無

誘因	認知症	認知症例	非認知症例	計
心因				
環境変化		42	2	44
疾病への不安		11	2	13
その他の不安		17	3	20
身体因				
脱水・低栄養		30	10	40
飲酒・禁酒		8	41	49
感染・発熱		30	4	34
薬物		18	26	44
視聴覚低下		11	1	12
その他		26	13	39
不明		38	5	43
計		231	107	338

図 1

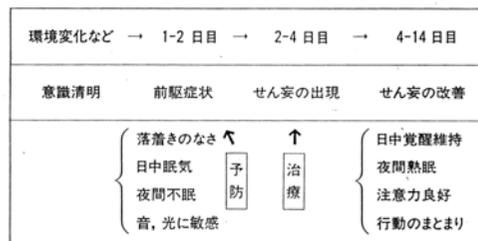
せん妄の発症



- 原因：急性身体疾患，慢性身体疾患の急性増悪，中毒など
- 誘因：環境変化，精神的ストレス，睡眠障害，不働化など
- 素因：高齢者，認知症患者，アルコールや薬物の連用など

図 2

せん妄の臨床経過



に有意に多かった（表16）。臨床的にせん妄の発症には原因，誘因（心因と身体因）および素因が複雑に関与しており（表17，図1），今回の検討においても誘因を有するものが多かった（表18）。とくに認知症例では，心因のみによっても容易にせん妄が惹起されていた。臨床経過では数日で軽快するといわれているが（図2），認知症例ではより遷延するものが多かった（表19）。

初老期以後のせん妄への対処と治療では，まず原因と誘因の探索とそれらへの対応が肝要であり（表20），また必要に応じ本人や家族などへの説明と同意の上で，急性期ではHaloperidolなどを

表 19

せん妄の持続時間

日数	認知症	認知症例	非認知症例	計
1～7		85 (36.8)	74 (69.2)	159
8～14		56	21	77
15～30		52 (63.2)	9 (30.8)	61
31～		38	3	41
計		231	107	338

表 20

初老期以後のせん妄への対処

1. 原因と誘因の探索とそれらへの対応  
中枢神経系疾患；栄養・代謝障害；電解質不均衡；呼吸・循環障害；外傷・手術；薬剤の関与など
2. 心理的、環境的な配慮  
住み慣れた住居での介護；付き添いによる穏やかな接触；夜間照明の必要性；愛着ある品物の持ち込み
3. 薬剤療法  
抗精神病薬；抗うつ薬；抗不安薬；睡眠薬など

表 21

せん妄への対応と治療

治療	認知症	認知症例	非認知症例	計
環境調整		33	5	38
身体治療		68	62	130
身体治療に睡眠薬併用		29 (49.0)	21 (81.4)	50
身体治療に向精神薬併用		41	12	53
向精神薬		60 (51.0)	7 (18.6)	67
計		231	107	338

表 22

せん妄 …… 急性期の薬剤治療

○夜間の症状増悪が予想：			
Haloperidol	2～3 mg po	1x	夕食後または就寝時
同上	2～5 mg po	2x	夕食後および就寝時
○緊急時：			
Haloperidol	2.5～5 mg im	1時間毎	
	(最高量 20 mg/日 …… 60歳未満)		
同上	1.25～2.5 mg im	1時間毎	
	(最高量 10 mg/日 …… 60歳以上)		

使用せざるを得ないことも，臨床の実際では稀でない（表21，22）。

おわりに

認知症の行動異常とせん妄について，前者では国際老年精神医学会によるBPSDを説明し，後者では自験例の統計資料を中心に述べた。

文献

- 1) 安宅勇人, 高橋正, 新井平伊: BPSD の症状. 臨床精神医学 29: 1225-1231, 2000
  - 2) International Psychogeriatric Association: An Introduction to BPSD. Educational Pack. Gardiner-Caldwell Communications, UK 2000
  - 3) 犬塚伸, 高橋徹, 天野直二: 痴呆の行動異常判定の原則と基準. 老年精神医学雑誌 13: 143-151, 2002
  - 4) 小林敏子: BPSD への対応, 介護者・システムを含めて. 臨床精神医学 29: 1245-1248, 2000
  - 5) 三好功峰: BPSD とは. 臨床精神医学 29: 1209-1215, 2000
  - 6) 三好功峰: 痴呆における行動異常の生物学的・精神病理学的理解. 老年精神医学雑誌 13: 163-168, 2002
  - 7) 高橋三郎: 初老期・老年期のせん妄の臨床. 北海道精神病院協会会報 137: 3-12, 2002
  - 8) 田中稔久, 池尻義隆, 武田雅俊: BPSD の生物学的基礎. 臨床精神医学 29: 1233-1237, 2000
- この論文は、平成15年11月8日(土) 第15回北海道老年期痴呆研究会で発表された内容です。